Ueber

Hysterische Kontrakturen.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

einer

hohen medizinischen Fakultät

der

k. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Wilhelm Drey,
cand. med. aus München.

München 1897.
Kgl. Hofbuchdruckerei Kastner & Lossen.

Ueber

Hysterische Kontrakturen.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

einer

hohen medizinischen Fakultät

der

k. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Wilhelm Drey,
cand. med. aus München.

ACAD.
LUGD.BAT.
BIBL.

München 1897.
Kgl. Hofbuchdruckerei Kastner & Lossen.

Meinem Onkel

Herrn Ignatz M. Drey

in

Dankbarkeit gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553806_0070

Das Symptomenbild der Hysterie ist so mannigfaltig und abwechslungsreich, dass es keine einzige Krankheitserscheinung gibt, welche als allgemein charakteristisch oder für alle Fälle pathognomonisch angesehen werden könnte. Dagegen lässt sich das Wesen aller derjenigen pathologischen Zustände, die wir als hysterische zu bezeichnen pflegen, sehr wohl unter einem einheitlichen Gesichtspunkte auffassen; denn ebenso wie jede andere Krankheit, hat auch die Hysterie ihre Eigentümlichkeiten und ihre Regeln.

Die ältesten Theorien über die Hysterie, nach welchen die Krankheit im Uterus ihren Sitz habe, sind längst verlassen. Wenn man jetzt dieselbe als eine „eigentümliche Konstitution der Nervenelemente" bezeichnet, so ist dies natürlich mehr eine Umschreibung als eine Erklärung der beobachteten Krankheitserscheinungen.

Nach Jolly*) gehört die Hysterie in die Klasse der Neurosen, und zwar zu denjenigen, welche man in Ermangelung genügender Kenntnis ihrer anatomischen Grundlage funktionelle nennt; weil ferner die Symptome der Hysterie auf eine Beteiligung der verschiedensten Gebiete des Nervensystems schliessen lassen, mit Bestimmtheit auf die des Rückenmarkes und des Gehirnes, mit Wahrscheinlichkeit auf die des peripheren und namentlich des sympathischen Nervensystems, so schlägt

*) v. Ziemssen, Handbuch der spez. Pathol. u. Therap. XII. Teil. 2.

er vor, die Krankheit als eine allgemeine Neurose zu bezeichnen.

Oppenheim dagegen behauptet in einer Veröffentlichung in der „Berliner klinischen Wochenschrift 1890, XXVII. 25“, die Hysterie sei eine „reizbare Schwäche des Nervensystemes, Erethismus.“

Darunter hat man eine Erhöhung der nervösen Erregbarkeit bei gleichzeitig vermehrter Erschöpfbarkeit des Nervensystems zu verstehen. Wenngleich sich nun sowohl unter den sensiblen wie unter den motorischen, und insbesondere unter den psychischen Störungen charakteristische Beispiele für diese Reaktionsform finden, so treffen wir dennoch zahlreiche Symptome an, die sich eben nicht auf eine „reizbare Schwäche“ zurückführen lassen. Die Ursachen der Hysterie sind eben durchaus nicht derart, dass sich aus ihnen immer auf den Eintritt einer reizbaren Schwäche schliessen lässt.

Strümpell endlich bezeichnet es als Grundbedingung für ein richtiges Verständnis der Hysterie, „dass man sich frei macht von der unhaltbaren Vorstellung, die Hysterie sei eine allgemeine funktionelle Erkrankung des gesamten Nervensystems, so dass bald dieser, bald jener Abschnitt desselben in seiner Funktion gestört sein könne.“ Nach seinen Beobachtungen ist dieselbe vielmehr eine Erkrankung, „die sich ausschliesslich auf die mit den psychischen Vorgängen unmittelbar verknüpfte Gehirnthätigkeit bezieht, also wenn man will eine Psychose, aber in dem erweiterten Sinn des Wortes, dass sich die Störung nicht nur auf den normalen Ablauf der psychischen Vorgänge selbst bezieht, sondern vorzugsweise auf die Verknüpfung der-

*) Strümpell, Lehrbuch der spez. Pathol. u. Therap. III.

selben mit den rein körperlichen Innervationsvorgängen.“

Hienach nennen wir jede Krankheitserscheinung hysterisch, welche auf einer Störung der normalen Beziehungen zwischen den Vorgängen unseres Bewusstseins und unserer Körperlichkeit beruht. Zwischen unseren Willensvorstellungen nämlich und unserer Muskulatur, zwischen den Erregungen unserer Sinnesnerven und unserem Bewusstsein, bestehen unter normalen Verhältnissen ganz bestimmte, fest geregelte Verknüpfungen. Tritt in diesen eine Lockerung, eine Verschiebung, ein falsches Massverhältnis ein, so entsteht eine „nervöse“ Störung der Bewegung oder des Empfindens, eine hysterische Krankheitserscheinung. Strümpell betont, dass der Ausgangspunkt der Störung in letzter Hinsicht stets auf psychischem Gebiete zu suchen ist.

Im Anschluss an die obige Ausführung lassen sich folgende allgemeine Merkmale für hysterische Erkrankungen anführen.

1. Die gesamte „psychische Konstitution“ und das „psychische Naturell“ des Kranken weicht von der Norm ab. Derselbe ist reizbar, empfindlich, launenhaft, zu Affekten geneigt, und verfällt leicht von einem Extrem der Stimmung in das andere.

2. Allen hysterischen Erkrankungen liegen keine gröberen anatomischen Veränderungen des Nervensystems zu Grunde.

3. Sehr häufig steht die hysterische Erkrankung in engster Beziehung zu nachweisbaren, psychischen Vorgängen, indem nicht nur ihr erstes Auftreten, sondern auch der weitere Verlauf durch dieselben beeinflusst wird.

4. Viele Hysteriker leiden an typischen Anfällen;

es gibt jedoch auch Fälle von Hysterie, bei denen dieselben fehlen (larvierte Hysterie).

5. Die Erscheinungen der Hysterie machen sich in allen möglichen Gebieten des Nervensystems geltend, insofern diese von psychischen Vorgängen abhängig sind, oder wenigstens durch solche beeinflusst sein können.

Trotz der hiedurch bedingten Mannigfaltigkeit der Krankheitserscheinungen treten gewisse Symptome mit besonderer Häufigkeit auf, so dass sie für die Hysterie charakteristisch und in diagnostischer Beziehung sehr wertvoll sind. Charcot bezeichnet dieselben als „hysterische stigmata.“ Am häufigsten treffen wir Sensibilitätsstörungen an, sowohl Abschwächung, als auch Verstärkung der Sinnesempfindungen, die nicht nur die ganze Körperoberfläche, sondern alle Organe befallen können. Häufig treten hiezu noch vasomotorische, sowie sekretorische Störungen.

Besondere Beobachtung aber verdienen die motorischen Störungen, da sich dieselben meistens durch hochgradige Ausbildung und Hartnäckigkeit auszeichnen, den Patienten meistens in ihrem Erwerbe ungemein hinderlich sind, ja sogar denselben oft die Freude am Leben rauben. Und gerade bei dieser Form der hysterischen Erkrankung kann der Arzt durch eine richtig eingeleitete Therapie und Ausdauer sehr schöne Erfolge erzielen.

Strümpell erklärt die motorischen Störungen auf hysterischer Grundlage für Störungen des Wollens, indem er ausführt: „Erleidet die Willensvorstellung eine krankhafte Aenderung in dem Sinne, dass sie nicht mehr die körperliche, motorische Erregung in irgend einem Muskelgebiet hervorrufen kann, so entsteht eine hysterische Lähmung, eine hysterische Kontraktur.“

Ich will mich im folgenden in erster Linie mit hysterischen Kontrakturen beschäftigen, mit Bezugnahme auf einen speziellen Fall, den mir Herr Geheimrat v. Ziemssen zur Bearbeitung gütigst überlassen hat.

Nach der Einteilung der englischen Aerzte gehören dieselben zu der „lokalen oder partiellen Hysterie", unter welcher Bezeichnung sie diejenigen Symptome zusammenfassen, welche bei den Hysterischen auch in den Pausen zwischen den Krampfanfällen mehr oder weniger permanent zurückbleiben, und auch in dieser Zeit durch ihre Besonderheit die schwere Erkrankung diagnostizieren lassen.

Jollys Ansicht geht dahin, dass alle permanenten, tonischen Kontrakturen, welche aktiv gar nicht, passiv nur mit grosser Anstrengung überwunden werden können, als hysterische zu bezeichnen sind, wenn keine gröberen anatomischen Veränderungen des Nervensystems nachgewiesen werden können. Und wenn man in einzelnen Fällen von Hysterie mit Kontrakturen dennoch verschiedene gröbere Läsionen an Gehirn oder Rückenmark gefunden hat, so können dieselben doch im günstigsten Falle nur als eine der vielfachen Bedingungen betrachtet werden, unter denen ähnliche Funktionsstörungen zu stande kommen. In anderen Fällen aber handelt es sich nur um zufällige Komplikationen, indem sich anatomisch nachweisbare Krankheiten des Nervensystems entwickeln bei Individuen, die hysterisch sind.

Und dass bei hysterischen Kontrakturen keine gröberen anatomischen Veränderungen vorhanden sein können, beweist schon der Umstand, dass die Symp-

tome plötzlich, wie auf einen Schlag, schwinden können, ohne dass eine allmähliche Besserung vorhergegangen ist.

In direktem Gegensatz zu Jollys Beobachtungen steht Charcots Ansicht*), die allerdings gegenwärtig von den meisten Forschern verlassen ist. Nach derselben kommt es in den Seitensträngen oder wenigstens in deren hinteren Partie, d. h. in dem Bezirk, auf das die permanente Kontraktur bei Strang- und Herdsklerose zurückzuführen ist, zu anfänglich vorübergehenden, organischen Störungen, welche der hysterischen Kontraktur zu Grunde liegen. Bei längerer Dauer machen diese Störungen, welcher Art sie auch sein mögen, tiefergehenden, materiellen Veränderungen Platz: es entwickelt sich eine wirkliche Sklerose. Als Beleg für diese Behauptungen führt Charcot in seinen poliklinischen Vorträgen einen Fall an, bei dem 10 Jahre lang an den vier Extremitäten hysterische Kontrakturen beobachtet wurden, die anfangs mehrere male zurückgingen, später aber permanent wurden. Der Patient starb an einer interkurrenten Krankheit, und die Sektion ergab Sklerose der beiden Seitenstränge. Gegen die Beweiskraft dieses Falles wendet Jolly ein, es bestehe die Möglichkeit, dass die Sklerose die primäre Erkrankung gewesen sei, die sich zufällig mit Hysterie kompliziert habe.

Jedenfalls ist es unmöglich, — und das gibt auch Charcot zu — in einem Falle von hysterischer Contraktur den Zeitpunkt zu bestimmen, in welchem sich Sclerose entwickelt. Analog den anatomischen Störungen im Rückenmark bei hysterischen Contrakturen, führt

*) Charcot, Gaz. des. hôp 1871; Leçons sur les mal. d. syst. nerv. 1872—73.

A. Soynos einige Fälle an, bei welchen er, entsprechend bestimmten hysterischen Gesichtsstörungen, Veränderungen am Augenhintergrund mit dem Spiegel nachweisen konnte.

Wie bei der Hysterie überhaupt, so spielt auch bei den auf dieselbe zurückzuführenden Contrakturen die Disposition eine grosse Rolle, und zwar kann dieselbe ererbt oder erworben sein. Insbesondere häufig findet sich die gleichartige Vererbung (hérédité similaire nach Morel) in der Weise, dass Hysterie der Eltern, oder der Vorfahren überhaupt, dieselbe Erkrankung bei den Kindern zur Folge hat. Nach Jolly's Beobachtungen findet man am häufigsten die Vererbung von der Mutter auf die Tochter. Ausserdem begünstigen die verschiedensten anderen Nervenkrankheiten, welche bei den Vorfahren aufgetreten sind, die Disposition zur Hysterie auch bei den Nachkommen (hérédité de transformation). Briquet stellte bei 351 Hysterischen Nachforschungen über den Gesundheitszustand der Eltern und Geschwister an und fand, dass unter denselben (1103 an der Zahl), 214 an Hysterie, 58 an anderen Krankheiten des Nervensystems litten, also fast 25%.

Die Disposition zu Hysterie kann auch, wie erwähnt, erworben sein, oder wenigstens ihre erste Anlage entwickelt und gefördert werden.

Strümpell führt gelegentlich aus, dass alles, was den Körper schwächt und die Gesammtconstitution schädigt, auch die Widerstandsfähigkeit des Nervensystems herabsetzt. So sind auch die hysterischen Erscheinungen nach schweren Erkrankungen und Blutverlusten zu erklären. Brunner*) erzählt einen Fall,

*) Brunner. Ueber hysterische Contracturen. 1893.

bei dem sich eine hysterische Contraktur im Anschluss an eine schwere Influenza entwickelt hat.

Nichts aber wirkt so begünstigend auf die Entwicklung einer etwa vorhandenen Disposition, als eine verkehrte Erziehung.

Im allgemeinen ist das Weib mehr zu Hysterie disponiert als der Mann; von der Ansicht aber, dass die Krankheit nur dem Weibe eigen, ist man längst abgekommen. Nach einer Statistik von Briquet wurden unter 1000 Fällen von Hysterie etwa 50 an Männern beobachtet. Charcot betont, dass nur sehr wenige Fälle von hysterischen Contrakturen beim Manne bekannt sein; in seinen leçons sur les maladies du système nerveux; tome troisième erwähnt er den ersten derartigen Fall, den er selbst gesehen hat.

Derselbe Forscher spricht von einer besonderen Disposition für Contrakturen, von einer Contrakturdiathese*). Manche Hysterische seien nämlich fortwährend von der Contraktur „bedroht"; irgend eine Zerrung, eine etwas ungestüme Bewegung habe die sofortige Steifheit der die Bewegung ausführenden Extremität zur Folge. An einer anderen Stelle spricht er von einer „latenten" Contraktur, die nur einer Veranlassung harre, um ein Gelenk zu befallen.

Damit kommen wir zur Aetiologie der hysterischen Contrakturen. In erster Linie sind psychische Ursachen in Betracht zu ziehen. In zahlreichen Fällen schliesst sich die Erkrankung direkt an psychische Erregungen an, die wir nach Strümpell als „psychische Traumen "bezeichnen. Eine plötzliche Aufregung, ein Schreck oder Aerger kann genügen, um eine jahrelang bestehende Contraktur hervorzurufen.

*) Charcot, Poliklin. Vorträge 1888; übersetzt v. Freud.

Eine noch grössere, ja vielleicht die grösste Rolle bei der Entstehung der hysterischen Contrakturen spielen die mannigfachen somatischen Traumen. Auch hier ist es nicht immer die körperliche Verletzung als solche, welche diese Wirkung hat, sondern vielmehr die durch dieselbe hervorgerufene Erregung, oder richtiger gesagt, die gesamte durch das Trauma bedingte Bewusstseinsveränderung.

Charcot stellte einen solchen Fall in seinen „Poliklinischen Vorlesungen“ 1888 seinen Hörern vor. Ein 34jähriger Schmied lässt beim Arbeiten eine weissglühende Eisenstange fallen, die seine Hand und den Vorderarm streift. Die Verbrennung ist eine oberflächliche, unbedeutende. Im Verlauf von 7 Wochen stellt sich ohne irgend welches weitere Trauma eine Beugung der Finger und Hand und eine Pronation des Vorderarmes ein. Das Vorhandensein bestimmter, noch zu erwähnender Symptome sprach untrüglich für die hysterische Grundlage der Contraktur.

Interressant ist, in welcher Weise sich die psychische Einwirkung auf die Lokalisation der Erkrankung geltend macht. Nicht selten ist nämlich gerade der Teil, auf welchen bei der psychischen Erregung die Aufmerksamkeit vorzugsweise hingelenkt wird, auch der Sitz der Contraktur. Brodie beschreibt einen solchen Fall:

Eine Frau sticht sich beim Nähen mit der Nadel in den Finger, und unmittelbar im Anschluss daran entwickelt sich eine Contraktur der Finger und der Hand.

Charcot stellte in seiner Vorlesung im Juli 1883 ein hysterisches Mädchen vor, das beim Betreten eines dunklen Raumes über eine offene Fallthüre stolperte;

sie blieb mit beiden Füssen hängen, besonders mit dem linken. Die nächste Folge des Unfalls war ein ziemlich heftiger Schmerz in den Füssen, und am nächsten Tage stellten sich an beiden unteren Extremitäten Contrakturen ein; am linken Fuss war dieselbe hochgradiger entsprechend dem stärkeren Trauma.

Aus Charcot's Veröffentlichungen entnehme ich ferner folgenden sehr interessanten Fall: Es handelt sich um einen durch Anstrengungen und Entbehrungen sehr geschwächten Mann, der nach einer zweitägigen Fusswanderung bei strömendem Regen, ermattet und bis auf die Haut durchnässt, sich mitten auf der feuchten Strasse niederlegte. Dort verfiel er in tiefen Schlaf, wobei er auf der rechten Seite lag; nach ungefähr 8 Stunden erwachte er und empfand im rechten Arm, Oberschenkel und Knie heftige Schmerzen; in der Folge entwickelten sich an beiden rechten Extremitäten hochgradige Sensibilitätsstörungen und Contrakturen. Charcot führt zu diesen Fall aus, dass es sich hier bestimmt um hysterische Contrakturen handelt. „Ich stelle mir vor, dass der lang dauernde Contakt der rechtseitigen Gliedmassen mit dem feuchten Boden, sowie der Druck, dem sie durch die Körperschwere ausgesetzt waren, in seiner Wirkung einem örtlichen Trauma gleichgestellt werden kann. Der Druck erzeugte in den betroffenen Gliedmassen eine Starre, während unter dem Einfluss der feuchten Kälte „rheumatoide Schmerzen" auftraten. Diese beiden Umstände haben, entsprechend dem Vorgang der Autosuggestion, auf dem Wege einer Reflexwirkung die Contrakturen hervorgerufen" *).

*) Charcot. Poliklin. Vorträge 1888/89; übersetzt v. Kahane.

Nachdem ich mich eingehend über die Bedeutung der Traumen inbezug auf die hysterischen Contrakturen ausgelassen habe, will ich nochmal auf die Diathese zu denselben zurückkommen. Eine etwas ungestüme Bewegung kann, wie ich schon erörtert habe, eine hysterische Contractur. aber auch eine Lähmung zur Folge haben.

Es handelt sich nun darum, festzustellen, wie so bei ganz ähnlichen Traumen das eine Mal eine Lähmung, das andere Mal eine Kontraktur auftritt. Nach Charcot hat man in Betracht zu ziehen, dass infolge der besonderen Umstände des Traumas der lokale Shok gewisse Eigentümlichkeiten bieten kann. Eine Quetschung wird z. B. für gewöhnlich die Vorstellung der Schwere, der Lähmung oder selbst des Fehlens der betroffenen Extremität hervorrufen, während eine Zerrung, eine Verrenkung, ein schmerzhafter Druck, eher geeignet ist, die Vorstellung zu erwecken, als sei die Extremität steif geworden. Eine solche Vorstellung wird sich dann entwickeln und objektivieren, und so gestattet die hystero-traumatische Kontraktur die Zurückführung auf einen psychischen Mechanismus. Einen strengen Gegensatz zwischen der schlaffen Lähmung und der Kontraktur gibt es nach Charcots Ansicht überhaupt nicht, vielmehr kann unter gewissen Umständen die eine aus der anderen hervorgehen. In die Salpêtrière kam im Jahre 1888 ein Patient, der an einer hystero-traumatischen Lähmung des Armes litt. Ausserdem war auch noch eine Fraktur vorhanden, welche die Anlegung eines Verbandes notwendig machte, und dieser bewirkte die Umwandlung der Lähmung in eine Kontraktur.

Viel häufiger ist es allerdings, dass sich letztere infolge eines Traumas entwickelt, ohne dass eine Lähmung vorhergeht.

An dieser Stelle mögen auch die Beziehungen der hysterischen Kontrakturen zu den Gelenkneuralgien erwähnt werden. Brodie und v. Esmarck haben durch zahlreiche Untersuchungen den Nachweis geführt, dass anscheinend sehr schwere und schmerzhafte Gelenkleiden vorkommen, denen keine anatomisch nachweisbaren Erkrankungen des Gelenkes zu Grunde liegen, und die man als nervöse Affektionen aufzufassen hat. Gewöhnlich besteht in der befallenen — meistens unteren Extremität — eine gewisse Muskelrigidität, die sich zu einer Kontraktur steigern kann. Strümpell äussert sich in Bezug auf dies Verhalten dahin, dass die Gelenkneuralgien gar nicht zu den echten Neuralgien gehören, sondern in das Kapitel der Hysterie.

Häufig sehen wir die Kontrakturen im Anschluss an einen hysterischen Anfall auftreten. Jolly erwähnt eine Frau, bei der nach mehreren Krampfanfällen Kontrakturen an den unteren Extremitäten zurückblieben.

Auch in dem Falle, welchen ich im Folgenden des Näheren erörtern will, haben sich die Kontrakturen, wenigstens in dem Zustande, wie sie am 5. Juni 1897 im Krankenhaus l. I. in München zur Behandlung kamen, in Anschluss an einen hysterischen Anfall gebildet.

Ich führe jetzt die mir zu Gebote stehende Krankengeschichte an:

Luise B. aus Nördlingen, 19 Jahre alt, Dienstmädchen.

Der Vater der Patientin ist lungenleidend, die

Mutter ist, von Fussgeschwüren abgesehen, gesund. Geschwister hat die Patientin nicht; ein Fall von Geisteskrankheit oder Nervenerkrankung in der Verwandtschaft ist nicht bekannt. Im Jahre 1893 überstand B. eine schwere Diphteritis. Des Ferneren gibt sie an, dass sie seit ihrem sechsten Jahre wöchentlich ein bis zwei Anfälle gehabt habe: sie sei zu Boden gefallen, habe das Bewusstsein verloren, und mit Händen und Füssen um sich geschlagen. Besonders häufig sei dies in der Kirche und in der Schule vorgekommen, von wo sie dann nach Hause getragen werden musste. Im Anschluss an den Anfall trat fast immer Erbrechen auf. Die ersten menses hatte B. mit 12 Jahren; dieselben dauern 1—2 Tage, sind aber stets sehr spärlich, unregelmässig und von krampfartigen Schmerzen im Unterleibe begleitet. Seit dem Auftreten der Menstruation sind die Anfälle seltener geworden, so dass sie ungefähr alle 6—8 Wochen auftreten, häufig im Anschluss an die menses.

Am 23. Juni 1896 kam B. zum ersten Male in das städtische Krankenhaus l. d. I. zu München und machte folgende Angaben: Seit 4 Wochen sind die Füsse angeschwollen und sehr schmerzhaft, besonders an der Sohle. Seit 21. Juni 96 fühlt sie heftige Magenschmerzen und hat wiederholt erbrochen. Das Erbrochene bestand aus Nahrung, Galle und Schleim; der Stuhl ist stets hart und dunkel gefärbt. Kopfschmerzen bestehen nicht; der Appetit ist nicht beeinträchtigt; jedoch isst B. aus Furcht vor dem Erbrechen fast nichts. Seit längerer Zeit besteht leichter Husten mit Auswurf. Vor einem Jahre war Pat. wegen Magenschmerzen in Behandlung. Seit 4 Wochen hat Pat. einen Krampf in den Füssen. Vor einem Jahre sei derselbe plötzlich aufgetreten, bald aber wieder verschwunden.

Status 23. VI. 96: Schlanker Körperbau in mässig gutem Ernährungszustand. Die Farbe der Haut und der Schleimhäute ist normal; Pat. ist fieberfrei.

Thorax ist gut gebaut; Lungengrenzen an gehöriger Stelle und gut verschieblich. Perkussionsschall über beiden Spitzen besonders hinten verkürzt, sonst überall hell, lufthaltig; Atemgeräusch überall normal, vesikulär, nur über beiden Spitzen, besonders hinten rauh, im Ex-

spirium fast bronchial, von pfeifenden, giemenden Rhonchis begleitet. Herz: Dämpfung nach rechts etwas, nach oben nicht verbreitert. Spitzenstoss etwas innerhalb der Mammillarlinie im fünftem Intercostalraum. Erster Ton an der Spitze und am linken Sternalrand leicht unrein; der zweite Ton besonders über der palmonalis mässig stark accentuiert. Leber- und Milzdämpfung nicht verbreitert, im übrigen ohne besonderen Befund. Die Magengegend ist stark druckempfindlich.

In der Gegend des Grosszehenballens besteht beiderseits geringe Schwellung und Druckempfindlichkeit. Die Füsse sind stark plantarwärts flektiert, die Zehen nach oben gerichtet, in maximaler Extensionsstellung; mit einiger Kraftanstrengung gelingt es dieselben zu beugen, was jedoch mit Schmerzen verbunden ist.

Anästhesien und Parästhesien nicht nachzuweisen; Patellarreflex herabgesetzt, Pupillen ohne besonderes Verhalten.

Diagnose: Infiltratio apic. pulm. dext. et sin.: hysterische Kontrakturen.

25. VI. 96. Der Urin enthält weder Eiweiss noch Zucker, reagiert schwach sauer. Der Auswurf ist schleimig. Ordination: roborierende Diät.

29. VI. Schmerzen und Kontrakturen an den Füssen sind unverändert. Bromkali.

6. VII. Die Untersuchung auf Tuberkelbazillen gibt negativen Befund.

11. VII. Die Magenbeschwerden bestehen fort jedoch tritt kein Erbrechen ein.

13. VII. Patientin klagt über Kopfschmerzen. Bromneatrium.

17. VII. Die Kontraktionen haben sich gebessert; zeitweise sind sie fast ganz verschwunden; die Beweglichkeit der Zehen ist dann passiv unbehindert und schmerzlos.

21. VII. Im Urin ist kein Eiweis nachzuweisen, seit einigen Tagen besteht Obstipation. Infus. Sennae 86.o.

23. VII. Hysterische Retentio urinae, die auf Faradisierung schwindet.

27. VII. Die vorgenommene Untersuchung auf Tuberkelbazillen im Sputum verläuft negativ.

29. VII. Faradisation.

30. VII. Patientin kann heute erst nach Anwendung des elektrischen Stromes den Urin entleeren.

31. VII. Die Kontrakturen haben sich bedeutend gebessert.

2. VIII. Lungenspitzen ohne wesentliche Aenderung.

Am 3. VIII. 96 wurde B. auf eigenes Verlangen als gebessert, jedoch arbeitsunfähig entlassen, mit dem Beifügen, dass ärztliche Behandlung noch benötigt wird.

Am 5. VI. 97 wurde Pat. bewusstlos wieder in das städtische Krankenhaus l. d. I. zu München verbracht. Als sie am Vormittage die Treppen fegte, bekam sie plötzlich sehr heftige Magenschmerzen; es erfasste sie ein Schwindelanfall, und sie stürzte bewusstlos über einige Stufen herab, wo sie dann liegen blieb. Nach etwa einer Stunde erwachte sie wieder, nachdem sie bereits ins Bett verbracht worden war. Das Bewusstsein war noch sehr getrübt, doch konnte man aus ihren Aeusserungen entnehmen, dass sie sehr starke Schmerzen in der Magengegend hatte. Patientin hatte seit mehreren Tagen an Erbrechen gelitten und noch am Morgen des 5. Juni den Kaffee erbrochen. Abgesehen hievon trat der Anfall ohne jegliche Vorboten ein. Der Stuhl war bisher regelmässig, doch fühlte sich die Patientin in letzter Zeit abgeschlagen und matt. Sofort nach dem Anfall bemerkte B., dass die Zehen beider Füsse, besonders die grossen Zehen, stark aufwärts gebeugt waren, und dass sie dieselben auch nicht mit den Händen abwärts biegen konnte.

Status: 5, VI. 97. Schlank gebaut, mittlerer Ernährungszustand; Schleimhäute von normaler Farbe; Haut blass; Zunge feucht, etwas belegt. Respiration von normaler Frequenz.

Thorax gut gewölbt: in der rechten fossa supra- und infraclavicularis ist der Percussionsschall etwas tympanitisch, links aber entschieden etwas gedämpft. In der linken fossa infraspinata besteht eine nicht unerhebliche Dämpfung. In den unteren Lungenpartien ist beiderseits sonorer Perkussionsschall. Das Atemgeräusch ist überall vesikulär. über der linken Spitze erheblich abgeschwächt. Rasselgeräusche sind nirgends nachzu-

weisen. Es besteht mässiger Hustenreiz. Der Auswurf ist von geringer Menge, schleimig eitrig.

Herz: Dämpfung von normaler Grösse, Spitzenstoss an normaler Stelle. Der erste Ton über der Mitralis klingt dumpf und unrein, dagegen sind die übrigen Töne rein. Die Herzaktion ist von normaler Frequenz. Der Pulz ist von normaler Beschaffenheit.

Das Abdomen ist etwas abgeflacht. Die regio hypogastrica und epigastrica etwas druckempfindlich. Weder Leber noch Milz sind fühlbar; beide sind von normaler Grösse. Appetit schlecht; namentlich besteht Abneigung gegen Fleischspeisen. Nach Tisch trifft häufig Brechreiz auf. Stuhl angehalten, Harn frei von von Eiweiss und Zucker. Die erste phalanx sämtlicher Zehen befindet sich in maximaler Dorsalflexion, die zweite in leichter Beugestellung. Die musculi extensor. dig. long. und brev., sowie halluc. long. und m. tibial. antic. sind kontrahiert, fühlen sich hart an. Ebenso ist eine starke Rigidität ihrer Antagonisten nachzuweisen.

Beide Füsse sind in Varusstellung. Die Zehenballen springen stark vor, namentlich an den grossen Zehen. Passive Beuge- und Streckbewegungen in den Interphalangealgelenken sind möglich.

Versucht man aber die Dorsalflexion der Zehen auszugleichen, so gelingt dies nur mit einiger Mühe in geringem Grade; diese Bewegungen verursachen heftigen Schmerz. Auch in den beiden Fussgelenken besteht mässiger Spasmus. Jede passive Beuge- und Streckbewegung ist sehr schmerzhaft. Die aktive und passive Beweglichkeit in allen übrigen Gelenken ist gut erhalten.

Grobe Kraft der Muskeln sowohl an den unteren als auch an den oberen Extremitäten ist herabgesetzt. Dynamometrische Messungen ergeben an der rechten Hand 17 R, an der linken 10 R.

Koordinationsstörungen bestehen in geringem Grade an den oberen, in höherem aber an den unteren Extremitäten. Mit den Beinen in der Luft beschriebene Kreise fallen unregelmässig aus. Tremor oder Zuckungen sind nicht nachzuweisen. Das trophische Verhalten des Muskels ist vollkommen normal. Beim Gehen berührt B. den Boden mit den Zehen nicht, sondern

nur mit dem äusseren Fussrand, Hacken und Zehenballen. Rasch gehen kann die Patientin überhaupt nicht, doch kann man den Gang beschleunigen, wenn man dieselbe führt. Beim Augenschluss bestehen mässige Schwankungen. Nach längerem Prüfen des Ganges äussert Patientin lebhaftes Ermüdungsgefühl.

Sensibilität gut erhalten; einfaches Berühren mit mit dem Haarpinsel wird überall gefühlt und prompt signalisiert. Auch die Schmerzempfindung ist überall gut erhalten und auf beiden Seiten gleichmässig ausgeprägt; nirgends ist eine Herabsetzung derselben wahrzunehmen; ebenso zeigen Druck- und Temperatursinn normales Verhalten. Anhauchen und Anblasen wird gut unterschieden. Die Lolalisation der Empfindung ist gut, die Tastkreise normal. An der Volarseite der Fingerspitze werden schon bei einem Abstand von 3 mm Doppelempfindungen angegeben. Für passive Bewegungen an oberen und unteren Extremitäten ist das Gefühl erhalten.

Reflexe. Fusssohlenreflexe und zwar Stich- und Streichreflex gut entwickelt, Bauchdeckenreflex normal, Rachenreflex beiderseits etwas herabgesetzt. Conjunctivalreflex fehlt. Cornealreflex erhalten. Patellar- und Achillessehnenreflex beiderseits etwas verstärkt. Rechts Andeutung von Fussclonus. Vasomotorische und trophische Störungen sind nicht vorhanden.

Störungen der cerebralen Funktion sind nicht nachzuweisen. Patientin wechselt rasch die Stimmung, verfällt bald ins weinerliche, dann lacht sie wieder mit den übrigen im Saal befindlichen Kranken.

Diagnose; Doppelseitige hysterische Kontraktur der Zehengelenke und des Fusses.

18. VI. Seit 8 Tagen besteht Obstipation. In der linken regio hypogastrica spontan und auf Druck mässiger Schmerz: ebenso besteht häufig Gefühl von Uebelsein; zuweilen heftige Schmerzen in den Füssen.

19. VI. Nach einem Bade glaubt Patientin, dass nun die Zehen passiv leichter zu biegen seien. Am Abend tritt die alte Rigidität der Muskeln wieder ein.

25. VI. Patientin wird elektrisiert. Durch energische Faradisation werden die Kontrakturen fast voll-

ständig gelöst. Passive Bewegungen in Fuss- und Zehengelenken sind möglich und schmerzlos. Der Spasmus der Gelenke und Muskeln ist behoben. Patientin kann sowohl gehen als auch laufen, doch besteht dabei leichte Unsicherheit.

26. VI. Der Fuss hat eine mehr normale Stellung angenommen. Die Muskelrigidität ist beinahe aufgehoben.

28. VI. Die Kontrakturen sind nicht wieder eingetreten, nur die Stellung der grossen Zehen ist noch abnorm. Der Gang ist normal. B. tritt bereits mit der ganzen Sohle auf; Schwanken besteht nicht mehr; Pat. kann im Saal auf- und ablaufen. Zuweilen tritt Uebelbefinden und Brechreiz auf, doch kommt es nicht zum Erbrechen.

6. VII. Das Gehvermögen ist unbehindert. Die Hornhaut der Fussohlen wird durch Salicylpflastermull grösstenteils entfernt. Eine leichte Kontraktur der grossen Zehe besteht fort. Sehr labile Gemütsstimmung: manchmal Brechreiz.

7. VII. 97. Patientin wird auf eigenes Verlangen entlassen.

Dass es sich in diesem Falle zweifellos um eine Hysterica mit hysterischen Kontrakturen handelt, ergibt sich schon aus der Krankengeschichte. Schwieriger ist es zu entscheiden, ob dieselben hysterotraumatischer Natur sind, sich infolge einer Verletzung bei dem Sturz über die Treppe entwickelt haben, oder ob sie lediglich im Anschluss an den hysterischen Anfall entstanden sind.

Briquet*), der sich mit hysterischen Kontrakturen eingehend beschäftigt hat, teilt dieselben je nach ihrem Sitz in drei Formen ein, in monoplegische, hemiplegische und paraplegische; diese Einteilung wird auch heute noch beibehalten.

Am häufigsten werden die Extremitäten befallen,

*) Briquet. Traité clinique et therapeutique de l'Hysterie. Paris 1839.

seltener die Nacken- und Rumpfmuskeln. Charcot hat den höchst seltenen Fall von hysterischer Kontraktur der Gesichtsmuskeln beobachtet. Für die Frage, welche Gelenke häufiger der Sitz von Beugekontrakturen und welche von Streckkontrakturen sind, lauten die Antworten verschieden. Strümpell behauptet, dass an den Händen und Füssen, insbesondere an den Zehen, öfter die Beugestellungen beobachtet werden, an den grösseren Gelenken dagegen die Streckkontrakturen. Jolly's Ansicht geht dahin, dass nicht nur an Händen und Füssen die Beugestellung häufiger vorkommt, sondern auch im Ellbogengelenk. Nach Charcot*), Bourneville und Voulet**) endlich bildet die Extensionskontraktur sowohl im Hüft- und Knie- als auch im Fussgelenk die Regel, wozu noch eine Anspannung der Adduktoren treten kann.

Von diesen Regeln gibt es zahlreiche Ausnahmen. So erzählt Jolly, dass er in der Würzburger Klinik einen Fall beobachtet hat, bei welchem der Oberschenkel leicht gegen das Becken gebeugt war und der Unterschenkel rechtwinkelig gegen den Oberschenkel stand. In meinem speziellen Falle handelt es sich um eine normale Hyperextension der Zehen, die nach Strümpells Auffassung öfter der Sitz von Flexionen sind.

Die hysterischen Kontrakturen beruhen auf einer ungemein starken, tonischen Muskelzusammenziehung (Rigidität). Charakteristisch und zur Unterscheidung von organischen Kontrakturen geeignet ist der Umstand, dass sich auch die Antagonisten in einer mässigen Spannung befinden, so dass z. B. bei einer Extensionskontraktur nicht nur eine Beugung unmöglich ist, son-

*) Seçons sur l. malad. d. syst. nerv 1872—73.
**) de la contracture hystérique permanente. Paris 1872.

dern auch eine weitere passive Streckung nur mit Kraftaufwand und Hervorrufen heftiger Schmerzen erzielt werden kann. Will man das betroffene Glied passiv beugen, so bekommt man dabei die Empfindung eines zunehmenden federnden Widerstandes, gerade als ob die Teile in die Lage, aus der man sie zu bringen versucht, wieder zurückschnellen möchten.

Im Gegensatz hiezu stehen gewisse Lähmungen, die durch Alkohol- und Bleiintoxikationen hervorgerufen werden. Dadurch nämlich, dass hiebei bestimmte Muskelpartien atrophieren, erhalten die weniger erkrankten Antagonisten das Uebergewicht und erzeugen auf diese Weise abnorme Stellungen der Gelenke.

Die hochgradige Ausbildung der Kontraktur allein spricht häufig dafür, dass dieselbe auf hysterischer Basis beruht, da erstere nur sehr selten erreicht wird, wenn dem Leiden eine organische Läsion, eine sklerotische Veränderung in den Seitensträngen zu Grunde liegt.

Das Gelenk selbst ist immer frei. In vereinzelten Fällen kommt es jedoch vor, dass bei sehr langem Bestand der Kontraktur eine Wucherung des periartikulären Bindegewebes, sowie eine Verkürzung der Sehnen eintritt.

Der Muskel selbst ist in keiner Weise erkrankt. Im allgemeinen lässt er keine Atrophie erkennen; und wenn das wirklich vorkommt, so ist der Grund hiefür nicht in dem Wesen der hysterischen Kontraktur zu suchen, sondern in der langen Unthätigkeit des Muskels, oder in dem Umstande, dass infolge der hysterischen Nebenerscheinungen (Erbrechen, Schlaflosigkeit etc.) der Patient im Ernährungszustand abgenommen hat.

Charcot erzählt von einer Frau, bei der die Kon-

traktur 2 Jahre ununterbrochen bestanden und der Muskel nicht merklich gelitten hat. Jolly geht so weit, dass er behauptet, das Auftreten sekundärer trophischer Störungen spreche für den materiellen Charakter der Erkrankung.

Die elektrische Erregbarkeit ist in keiner Weise gestört. Die Kontrakturen beharren Tag und Nacht in gleicher Stärke und zeigen selbst in tiefem Schlafe keine Remissionen. Dagegen lösen sie sich in Chloroformnarkose; ja es verliert sich in derselben häufig jegliche Muskelrigidität, wobei das gleichzeitige Anlegen der Esmarch'schen Binde diese Erscheinung begünstigt. Nach der Narkose tritt die Kontraktur in der früheren Stärke wieder auf.

Sehr häufig fühlt sich die befallene Extremität kühler an, als die normale und zeigt zugleich eine ziemlich deutliche, bläuliche Verfärbung. Charcot führt diese Symptome auf eine Störung der vasomotorischen Innervation zurück. Derselbe stellt folgende Hauptmerkmale für die hysterischen Kontrakturen auf, die fast nie fehlen und in der Mehrzahl der Fälle die Natur des Leidens leicht ermitteln lassen.

1. Bei Hysterie tritt niemals eine Parese des unteren Facialisgebietes ein, so dass die Zunge beim Herausstrecken eine Ablenkung nach einer Seite hin erfährt. Es wäre diese Erscheinung vielmehr ein wichtiges Symptom für eine Hemiplegie infolge von Apoplexie oder Encephalitis, wie dies insbesondere R. B. Todd und Althaus nachgewiesen haben. Charcot warnt davor, sich nicht durch eine Pseudo-facialis-parese irre führen zu lassen, die in vereinzelten Fällen auch bei Hysterischen beobachtet wird. Aber dann han-

delt es sich nicht um eine Parese, sondern um eine Krampfform im Muskelgebiet des unteren facialis und der Zunge, wodurch letztere nach einer Seite abgelenkt wird und so leicht zu Täuschungen Veranlassung gibt*).

2. In den meisten Fällen von Hysterie zeigt das Tast- und Schmerzgefühl nicht das normale Verhalten, wir finden sowohl Steigerung, als auch Herabsetzung desselben (Hyperästhesie, Parästhesie, Analgesie, Anästhesie etc.). Es kommt sogar vor, dass nicht nur die Haut und die oberflächlichen Muskeln unempfindlich sind, sondern dass sich die Analgesie bis auf den Knochen in die Tiefe erstreckt. Ich hatte im Winter 96/97 in den poliklinischen Vorlesungen des Herrn Professor Moritz in München Gelegenheit, einen hochgradigen Hysteriker zu sehen, der sich bei Schaustellungen eiserne Nadeln durch die Zunge zog und Nägel in den Oberschenkel bis auf den Knochen stiess, ohne irgend welche Schmerzensäusserung von sich zu geben.

Die anästhetischen und analgetischen Gebiete sind scharf, fast geometrisch abgegrenzt durch Linien, die meistens auf der Rumpf- oder Extremitätenachse senkrecht stehen. Häufig erstreckt sich die Anästhesie nur auf eine Körperhälfte und endet scharf in der Mittellinie; dabei ist diejenige Seite betroffen, welcher die erkrankte, eventuell kontrakturierte Extremität angehört. Kommt dieses Symptom bei cerebraler Hemiplegie überhaupt nur sehr selten vor, so würde bei spinaler Hemiplegie die der motorischen Paralyse entgegengesetzte Körperhälfte ergriffen sein, eine Thatsache, die Brown-Sequard zuerst festgestellt hat.

*) Spasme glosso-labié unilatérale des histériques. — Charcot. — Sémaine médicale 1887.

Während nun Chairon behauptet, dass Anästhesie ein konstantes Symptom der Hysterien sei, haben Ziemssen und Jolly durch zahlreiche Beobachtungen und Untersuchungen nachgewiesen, dass es auch Fälle von Hysterie gibt, bei denen dieses Phaenomen fehlt. Bei Luise B. insbesondere finden wir keinerlei grössere anästhetische oder analgetische Bezirke. Dagegen ist die Rachenschleimhaut unempfindlich, so dass man dieselbe mit dem Haarpinsel berühren kann, ohne Brechreiz zu erzeugen. Auch die Coniunctivalreflexe sind herabgesetzt.

3. Für die hysterische Grundlage der Kontrakturen sprechen auch noch andere hysterische Nebenerscheinungen, die sich eventuell an dem Patienten zeigen. Bei Frauen kommen hier in erster Linie Schmerzen und Druckempfindlichkeit in der Ovarialgegend in Betracht; dann bei beiden Geschlechtern hysterisches Erbrechen, Harnverhaltung, beträchtliche Gasauftreibung der Därme, Gesichtsstörungen, und Krampfanfälle. Die meisten der angeführten Symptome wurden auch an Luise B. beobachtet.

Der Engländer Laycock*) äusserte sich wie folgt: „Mit der mehr oder weniger ausgesprochenen Lähmung oder Kontraktur der Unterextremitäten bei Hysterie geht stets ein entsprechender Grad von Störungen in den Funktionen der Beckenorgane Hand in Hand; diese äussern sich durch Verstopfung, Tympanie, Blasenlähmung, Vermehrung oder Verminderung der Urinsekretion, Eierstocks- und Gebärmutterreizung u. s. w.“ Im Prodromalstadium von cerebralen Hemiplegien kommen ähnliche Erscheinungen nicht zur Beobachtung (Briquet).

4. Besonders charakteristisch für hysterische Kon-

*) Treatise on the nervous diseases of. women; London 1840.

trakturen ist die Art, wie sich dieselben entwickeln. In der grossen Mehrzahl der Fälle treten dieselben nämlich nach einem Anfall oder Trauma plötzlich, wie auf einen Schlag, auf und erreichen sofort ihre höchste Intensität. „In diesem Charakter der spasmodischen Kontraktur bei Hysterischen liegt ein Unterscheidungsmerkmal von den Kontrakturen aus organischer Ursache. Bei der spastischen Paraplegie oder transversalen Myelitis, der disseminierten Sklerose u. s. w. kommt es nie mit einem Male so weit. Da bereitet sich der Zustand allmählich vor; wir haben in einer ersten Periode Paraplegie mit Muskelschlaffheit, aber Steigerung der Sehnenreflexe, in einer zweiten sehen wir die Rigidität anfallsweise auftreten, in einer dritten ist die Kontraktur in halber Extension oder Flexion ausgebildet, und endlich erst in einer vierten Periode, die man aber fast nie oder ausnahmsweise zur Beobachtung bekommt, tritt eine unüberwindliche Steifheit ein, so dass man die Glieder mit starren Stäben vergleichen kann“ *).

An einer anderen Stelle spricht Charcot von einer Periode der Incubation, d. h. erst eine gewisse Zeit nach der Veranlassung zur Kontraktur tritt dieselbe ein.

So erzählt er von einer Frau, die morgens ausgeglitten war und sich unbedeutend am Knöchel verletzt hatte, dass sich bei derselben erst am Abend die falsche Stellung des Fussgelenkes ausbildete.

In einem andern Falle hat derselbe Forscher beobachtet, wie sich die Kontraktur allmählich und zwar erst sieben Wochen nach dem Trauma, einer geringfügigen Verbrennung, entwickelte.

*) Charcot: Leçons sur l. maladies du système nerveux III.

Von grosser Bedeutung für die Diagnose ist noch der Umstand, dass die Veranlassung zur Kontraktur, das Trauma, oft so unbedeutend und gering ist, dass sie nicht leicht zu organischen Veränderungen im Gehirn und Rückenmark führen kann. Gleichwohl hat Jolly auch Fälle von paralysis ascendens acuta gesehen, die sich an minimale Verletzungen, z. B. einen Nadelstich in den Finger, angeschlossen haben, und die ähnliche Erscheinungen boten, wie hysterische Kontrakturen. Man trifft ja auch bei diesen oft gesteigerte Reflexe (Fussclonus wie im Falle Luise B.)

Es gibt ferner einzelne Fälle von multipler Hirn- und Rückenmarksklerose, in welcher die Lähmungserscheinungen ihren Sitz wechseln, anfallsweise Kontrakturen eintreten und sich lösen, und Krampfanfälle und Bewusstseinsstörungen von ähnlich komplizierter Natur auftreten wie bei Hysterie. Diese Erkrankungen können erst in ihren späteren Stadien, oder gar erst durch ihren schliesslichen Ausgang von der Hysterie mit Bestimmtheit unterschieden werden. Wie nämlich die hysterischen Kontrakturen plötzlich entstehen können, so genügt oft schon eine geringe psychische Erregung (Aerger, Schreck, Freude) oder eine unerwartete Einwirkung auf den Körper (Uebergiessen mit kaltem Wasser z. B.), um dieselben wie mit einem Schlage dauernd zu lösen. Ein derartiges Verhalten werden wir an organischen Kontrakturen nie beobachten können.

Nachdem ich bereits an anderer Stelle der Kontrakturdiathese Erwähnung gethan habe, will ich auch noch einige Unterscheidungsmerkmale derselben von der Thomsen'schen Krankheit anführen, oder wie wir dieselbe nach Erb's Vorschlag nennen wollen, der myo-

tonia congenita. Letztere äussert sich dadurch, dass bei Beginn jeder willkürlichen Bewegung, die betreffenden Muskeln plötzlich von einem spastischen Krampf befallen werden, der nach kurzer Zeit sich wieder von selbst löst, so dass der Patient dann die Bewegung ungehindert ausführen kann. Ein Kneten, Zerren oder Ziehen an einer Extremität vermag diese Erscheinung nicht hervorzurufen.

Anders verhält es sich bei Hysterischen mit Kontrakturdiathese. Bei diesen können nur heftige, mit einer gewissen Anstrengung ausgeführte Bewegungen oder auch geringe Traumen den Krampf hervorrufen, niemals aber die nicht übertriebenen, natürlichen Bewegungsimpulse, z. B. diejenigen beim Aufstehen und Gehen. Ferner hört bei Hysterischen der Krampf nicht von selbst auf, sondern man muss denselben durch eine Art Massage der erstarrten Muskeln lösen.

Nachdem es hinreichend bekannt ist, dass die meisten Hysteriker ein fast dringendes Bedürfnis empfinden, zu täuschen und zu liegen, sei es um Aufsehen oder Mitleid zu erregen, sei es, ohne bestimmten Zweck — wie Charcot meint — „in einer Art von uneigennütziger Pflege dieser Kunst", so muss der Kliniker auch untrügliche Anhaltspunkte haben, um eine hysterische Kontraktur von einer Simulation zu unterscheiden. Gewöhnlich glaubt man ja, die Länge der Zeit, während welcher ein kataleptisches Individuum in der ihm gegebenen Stellung, etwa mit horizontal ausgetreckten Arm — verharrt, reicht hin, jeden Verdacht auf Simulation auszuschliessen. Nach den Erfahrungen Charcot's aber ist das nicht richtig. Er führt aus, dass nach 10 bis 15 Minuten der Arm des Kataleptischen

herabzusinken beginnt und nach 20—30 Minuten, der Schwere folgend, die vertikale Stellung eingenommen hat. Ein kräftiger Mann, der diese Stellung vorsätzlich einhält, kann dies ungefähr ebensolange durchführen.

Um die Diagnose sicherstellen zu können, verfährt Charcot wie folgt: Er befestigt 1. am Arm des zu Untersuchenden eine Marey'sche Trommel, welche die geringsten Schwankungen der Extremität verzeichnet; 2. an der Brust desselben einen Pneumographen, um die Curve der Respirationsbewegungen zu erhalten. Die Resultate des Versuches sind dann folgende:

a) Beim Kataleptischen zeichnet die mit der Marey'schen Trommel am Arme verbundene Feder eine gleichmässige, gerade Linie auf den rotierenden Cylinder; beim Simulanten dagegen ist diese Linie zuerst gerade, knickt sich dann, und zeigt am Ende des Versuches eine Reihe von Schwingungen.

b) Die mit Hülfe des Pneumographen erzeugten Curven sind noch viel charakteristischer als die ersteren. Bei dem Kataleptischen bleibt die Respiration bis zu Ende stets regelmässig, oberflächlich und langsam, während beim Simulanten die Curve eine Zusammensetzung aus zwei gesonderten Stücken zeigt. Anfangs ist nämlich die Respiration ebenfalls gleichmässig, dann tritt entsprechend den Schwankungen der von der Anstrengung ermüdeten Extremität eine Unregelmässigkeit im Rhythmus und Umfang der Respirationsbewegungen ein, und es kommen die bekannten, tiefen Athemzüge zu stande, welche körperliche Anstrengungen stets begleiten.

Charcot fasst diese Ergebnisse wie folgt zusammen.

„Die Catalepsie kennt keine Ermüdung; der Muskel lässt, ohne dass eine Willensanstrengung ins Spiel gekommen, nach. Der Simulant dagegen verräth sich bei der gleichen Versuchsordnung sowohl durch die Curve der Extremität, welche die Muskelermüdung anzeigt, als auch durch die der Respiration, welche die Anstrengung verzeichnet, die derselbe macht, um die Zeichen der Ermüdung zu verdecken".

Was den Verlauf der Contrakturen betrifft, so können dieselben nur kurze Zeit, aber auch Jahre hindurch in der gleichen Stärke bestehen, um dann plötzlich, vielleicht im Anschluss an ein somatisches oder psychisches Trauma, zu verschwinden. Derartige Fälle sind in der Litteratur zahlreiche bekannt. Charcot erzählt, dass eine Patientin 4 Jahre lang mit Contrakturen behaftet war, welche plötzlich verschwanden, als man sie schwerer Verbrechen beschuldigte.

In einem anderen Falle sprach er einer Frau gegenüber sein Missfallen über ihre Führung im Spital aus, und infolge der hiedurch hervorgerufenen Aufregung lösten sich die 6 Jahre bestehenden Kontrakturen. Oft genügt schon das Androhen eines operativen Eingriffes, um den gleichen Erfolg zu erzielen.

Kontrakturen können noch solange bestehen und noch so intensiv sein, dennoch besteht die Möglichkeit, dass sich dieselben unvorhergesehen wieder ausgleichen.

Es gibt aber auch Fälle, die allen möglichen Einwirkungen Trotz bieten, und in welchen nach Jahrzehnte langem Bestehen schliesslich die Atrophie der betreffenden Muskeln und die Verminderung der elek-

trischen Erregbarkeit eintritt. Charcot meint zwar, dass weder konvulsives Zittern der kontrakturierten Gliedmassen, noch ein gewisser Grad von Abmagerung derselben, noch eine leichte Abschwächung der elektrischen Kontraktilität zu dem Ausspruche berechtigen, dass eine Kontraktur nicht mehr schwinden wird.

Ist dagegen die Atrophie auf gewisse Muskelgruppen beschränkt, beobachtet man fibrilläre Muskelzuckungen analog denen, welche bei progressiver Muskelatrophie auftreten, und eine sehr merkliche Abschwächung der faradischen Kontraktilität, so ist dies ein Anzeichen dafür, dass nicht nur die Seitenstränge intensiv erkrankt sind, sondern, dass ausserdem auch noch die Vorderhörner der grauen Substanz mit in den Prozess hineingezogen sind. Charcot bemerkt hiezu, er habe diese letzteren Symptome nur in sehr veralteten Fällen von hysterischer Kontraktur beobachtet, wo kaum noch zu hoffen war, dass die Gliedmassen je wieder normale Funktion erhalten würden.

Gleicht sich in tiefer Chloroformnarkose die Rigidität der Muskeln nur langsam oder überhaupt nicht aus, dann muss man mit Bestimmtheit tiefgehende Veränderungen im Rückenmark annehmen.

Sind die Kontrakturen einmal gelöst, so ist, bei Fortbestehen anderer hysterischer Stigmata, ein Recidiv nicht ausgeschlossen, ja sogar sehr wahrscheinlich; denn solche treten bei Hysterie überhaupt sehr häufig ein. Nach Jollys Angaben sollen aber Kontrakturen im Wiederholungsfalle viel hartnäckiger sein, als beim ersten Auftreten.

Häufig fällt die erste Erscheinung der Kontraktur in die Zeit der Pubertät, bleibt dann latent, um sich

erst in der Involutionsperiode wieder deutlicher zu entwickeln. Eine vollständige Heilung der Hysterie vor diesem Zeitabschnitt gehört überhaupt zu den Seltenheiten.

Was die Therapie anbetrifft, so hat man sich in erster Linie gegen die Hysterie im allgemeinen zu wenden. Die seltene vollständige Heilung der einmal ausgebildeten Krankheit lässt es um so wichtiger erscheinen, dieselbe in ihren ersten Anfängen zu bekämpfen und zu verhindern, dass aus einer eventuell bestehenden Disposition sich die Krankheit selbst entwickelt. In dieser Hinsicht können die Eltern und Lehrer viel thun, durch eine richtige körperliche und geistige Erziehung. Die Kinder sollen frühzeitig abgehärtet werden gegen mässige körperliche und geistige Arbeit, vorhandene Schreckhaftigkeit und Aengstlichkeit soll durch ruhige Belehrung beseitigt werden.

Besondere Beachtung bedarf die psychische Erziehung in der Zeit der Pubertät, indem gerade in diesem Abschnitt etwa auftretender Schwärmerei und phantastischer Träumerei entgegenzuarbeiten ist.

An dieser Stelle will ich auch auf einen häufig gegebenen Rat zurückkommen, Mädchen mit Disposition zu Hysterie frühzeitig zu verheiraten, sowie überhaupt das Heil nervöser Frauen im geschlechtlichen Umgang zu suchen. In einzelnen Fällen kann dadurch wirklich viel Gutes gestiftet werden, vorausgesetzt, dass es sich um körperlich kräftige, vollständig entwickelte Individuen handelt, und dass die Ehe eine glückliche ist; oft aber wird das gerade Gegenteil erzielt, die Entwicklung der Hysterie begünstigt.

Was die ausgebildete Krankheit anbetrifft, so hat

man, solange die Ursachen der hysterischen Erscheinungen, — also auch der Kontrakturen —, einzig in einer allgemeinen Ernährungsstörung des krankhaft geschwächten Nervensystems gesucht wurden, hauptsächlich roborierend auf dasselbe einwirken wollen.

Unter den Antihystericis hat die asa foetida und das castoreum eine grosse Rolle gespielt. In der Neuzeit findet man noch valeriana-Präparate und nervina (Bromkali, Arsen u. a.) in Verwendung; grossen Erfolg soll man sich von denselben aber nicht erwarten. Auf jeden Fall abzuraten ist von dem Gebrauch der narcotica, da die Gefahr zu gross ist, dass die Patienten Morphinisten werden. (Strümpell). Zeigt sich aber im Anschluss an eine derartige Medikation eine bedeutende Besserung im Krankheitsbild, so hat man dieselbe weniger der Wirkungskraft der Arzneimittel, als vielmehr dem psychischen Eindruck zuzuschreiben, der sich an dieselben knüpft.

In neuerer Zeit legt man das Hauptaugenmerk auf eine richtige psychische Diätetik. Moralische Erregungen verschiedenster Art haben oft einen so bedeutenden Einfluss sowohl auf den Verlauf der Hysterie im allgemeinen, als besonders auf den der motorischen Störungen, der Lähmungen und Kontrakturen, dass es nahe liegt, derartige Einflüsse therapeutisch zu verwerten. Wenngleich wir nun auch oft durch Einwirken auf die Psyche allein das vollständige Schwinden von hysterischen Kontrakturen nicht erzielen können, so haben wir doch schon die Beobachtung machen können, dass alle anderen, lokalen, therapeutischen Verordnungen durch eine solche ganz unverhältnismässig an Wirkungskraft gewinnen.

Jolly*) schreibt hiezu: „Vor allem ist es erforderlich, dass der Arzt entweder das volle Vertrauen des Kranken gewinnt, oder dass es ihm gelingt, demselben zu imponieren. Nicht jeder Arzt hat Erfolg bei der Behandlung hysterischer Kontrakturen, und nicht jeder Arzt hat auf alle Hysterischen überhaupt Einfluss.“ „Man begegnet bei einzelnen dieser Kranken so lebhaften Idiosynkrasien gegen bestimmte Personen, dass der Verkehr mit denselben oft unmöglich wird. Gehört der Arzt zu diesen Unglücklichen, so ist es das Beste, er übergibt den Patienten einem Kollegen zur weiteren Behandlung.“

Man kann sich den nötigen Einfluss auf den Kranken nur dadurch sichern, dass man ihm zu erkennen gibt, man ist von der Realität der Kontraktur überzeugt und hält dieselbe nicht, wie es leider nur zu häufig von der Umgebung geschieht, für eine erdichtete. Durch unzeitigen Spott oder einen übel angebrachten Scherz kann man nämlich für immer das Vertrauen des Kranken verlieren. Weiter muss man versuchen, demselben die Natur seines Leidens klar zu machen und ihm zu beweisen, dass er selbst im stande ist, das eine oder andere Symptom gewaltsam zu unterdrücken. Damit stärkt man die Willensenergie des Patienten, was als Ziel der psychischen Behandlung angesehen wird.

Der Arzt muss aber auch strenge darauf dringen, dass seine Anordnungen genau befolgt werden, und der Willensfähigkeit des Kranken langsam immer mehr zumuten; es handelt sich also hier um eine Art Willensgymnastik.

Richter und Bornemann**) schlagen zu diesem

*) Jolly: Hysterie u. Hypochondrie: Speciell. Path. und Therap. von Ziemssen 1877.

**) Berlin. Klin. Wochenschrift XXIV: Psychisch. Therap. d. mot. Störungen b. Hyst.

Zwecke vor, Bewegungsübungen nach Kommando ausführen zu lassen. Von grossem Werte ist es, den Patienten mit unterhaltender und praktischer Arbeit zu beschäftigen, um seine Aufmerksamkeit von seinem Leiden abzulenken. Je mehr Autorität der Arzt dem Kranken gegenüber hat, und mit je mehr Ueberzeugung er die Heilung vorhersagt, desto sicherer tritt dieselbe ein. Charcot spricht sogar von einer „Befehlssuggestion im Wachzustand."

„Im allgemeinen darf man gewiss sagen, dass alle Behandlungsmethoden der Hysterie — also auch der Kontrakturen — nur dann wirksam sind, wenn sich das notwendige psychische Moment, d. h. der Glaube der Kranken an die Wirksamkeit des Mittels, oder, wie man sich gegenwärtig auszudrücken pflegt, die „Suggestion" damit verbindet. Daher kann jede Verordnung, wenn sie an sich noch so unsinnig erscheint, den grössten Erfolg haben, sobald der Kranke nur daran glaubt, d. h. sobald die psychische Wirkung dieses Glaubens zur Geltung kommt." (Strümpell.)

Wenn man das eben Angeführte sich vergegenwärtigt, dann sind auch die zahlreichen Wunderheilungen erklärlich.

Ohne Zweifel wird man durch solche Mittel, welche rasch greifbare Wirkungen hervorrufen, die Einbildungkraft der Kranken mehr erregen, als durch die langsamer wirkenden und indifferenten. Daher kommt es auch, dass die Schmerz erregenden Mittel, z. B. die Elektrizität, sich einer besonderen Wirksamkeit erfreuen.

Manchmal hat die Anwendung des faradischen Stromes, wie überhaupt alles Neue und Ungewohnte, den Erfolg, dass sich die Kontraktur wie auf einen

Schlag löst; häufig aber tritt nach jeder einzelnen Sitzung eine vorübergehende bedeutende Abschwächung der Kontraktur ein, die bald wieder schwindet, um erst nach mehreren Sitzungen zu bleiben. In dieser Weise trat auch die Lösung der Kontrakturen der Luise B. ein.

Ist die Anwendung des faradischen Stromes nicht von dem erwünschten Erfolg begleitet, so kann man es mit dem konstanten versuchen, der in zuckungserregender Stärke direkt auf die rigiden Muskeln angewendet und wiederholt geöffnet und geschlossen werden soll. Leloir*) berichtet von einem Fall von hysterischer Kontraktur, welcher ausschliesslich durch galvanischen Strom zur Heilung gebracht wurde.

Nach dem Vorgehen des französischen Arztes Burque ist Charcot auf das Studium des Transfertes näher eingegangen und hat denselben auch zu therapeutischen Zwecken verwandt. Er hatte beobachtet, dass man bei Hysterischen durch Auflegen von Metallplatten auf die Haut Anästhesien, Kontrakturen etc. künstlich von einer Seite auf analoge Stellen der anderen Körperhälfte übertragen kann. Alle Individuen reagieren nicht auf das gleiche Metall, man versucht es der Reihe nach mit Eisen, Kupfer, Zink, Gold usw.

Es ist Charcot gelungen, durch wiederholtes Auflegen und Entfernen des betreffenden „aesthesiogenen" Mittels Kontrakturen dauernd zu lösen.

Aehnliche Erfolge hat Debove mit starken Magneten erzielt; andere Aerzte mit schwingenden Gabeln, Senfteig und anderem mehr. Daraus scheint unzweifelhaft hervorzugehen, dass der ganzen beschriebenen

*) Gazette de Paris 1879 XXIX.

Gruppe von Erscheinungen keine besondere Stellung zukommt. „Es sind das einfach Erscheinungen der Suggestion.“ (Strümpell.)

Eine noch grössere Bedeutung als der Transfert-Therapie wird der Behandlung der Kontrakturen mittels Hypnose beigelegt, die besonders von Bernheim und seinen Schülern ausgeübt wird. Der hypnotisierende Arzt kann um so mehr die schönsten Erfolge erzielen, als er von vorneherein des Vertrauens des Patienten sicher ist. Nach Strümpell liegt in der hypnotischen Behandlungsweise nichts prinzipiell Eigenartiges. Jede andere wirksame Therapie der hysterischen Kontrakturen fusst auf den gleichen Bedingungen und Voraussetzungen.

Und dabei hat die Hypnose den grossen Nachteil, dass sie als schwerer, abnormer, geistiger Zustand bei einem Kranken hervorgerufen wird, der bisher von demselben nicht befallen wurde; ja es kann sogar durch dieselbe ein schwerer hysterischer Anfall hervorgerufen werden. Strümpell gibt zu, dass oft wunderbare Heilungen durch die Hypnose erzielt werden können, bezeichnet es aber doch als ein Unglück, wenn dieselbe in ausgedehnterer Weise angewendet werden würde.

Endlich will ich noch erwähnen, dass es Fälle gibt, in denen ein operativer Eingriff geboten ist. So lange noch Muskelkrampf besteht, ist jeder Versuch eines Redressements durch Apparate oder eine Operation unbedingt zu verwerfen; denn in diesem Stadium hat eine derartige Behandlung stets die allerschlimmsten Folgen, zumal die Aufmerksamkeit des Patienten dauernd auf die erkrankte Extremität gerichtet wird.

Bestehen aber keinerlei Anzeichen von Hysterie mehr, und ist insbesondere der Muskelspasmus geschwunden, und dauert die Kontraktur fort, dann ist die Ursache für die fehlerhafte Stellung des Gliedes häufig in dem Vorhandensein von periartikulären Bindegewebswucherungen und in der Verkürzung der Sehnen selbst zu suchen; in diesen Fällen ist eine Operation geboten.

Auf Charcots Veranlassung hin operierte der Chirurg der Salpêtrière, Dr. Terrillon zwei ähnlich gelagerte Fälle von Equinovarusstellung des Fusses mit gutem Erfolg.

Zum Schluss erfülle ich die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geheimrat Prof. Dr. von Ziemssen für die gütige Ueberlassung des Falles und die Anregung zu dieser Arbeit, sowie Herrn Privatdozenten Dr. Rieder für seine liebenswürdigen Bemühungen, meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

Literatur.

1. v. Ziemssen, Handbuch der spez. Pathol. und Therap. Bd. XII (Jolly-Hysterie und Hypochondrie).
2. Charcot, Klinische Vorträge über Krankheiten des Nervensystems, übersetzt von Dr. Fetzer. 1874.
3. Charcot, Neue Vorlesungen über die Krankheiten des Nervensystems, übersetzt von Dr. Freud. 1886.
4. Charcot, Poliklinische Vorträge, übersetzt von Dr. Freud. 1892.
5. Charcot, Poliklinische Vorträge, übersetzt von Dr. Kahane. 1895.
6. Brunner, Ueber hysterische Contracturen. 1893.
7. Strümpell, Lehrbuch der spez. Pathol. und Therap. der inneren Krankheiten. III.
8. Charcot, Gaz. des hop. 1871.
9. Oppenheim, Berlin, klin. Wochenschrift. 1890. XXVII. 25.
10. Briquet, Traité clinique et therapeutique de l'Hysterie. Paris 1839.
11. Voulet, de la contracture hystérique permanente. Paris 1872.
12. Charcot, Spasme, glosso-labié unilatérale des histériques. Sémaine médicale 1887.
13. Laycock, Treatise on the nervous diseases of women. London 1840.
14. Bornemann, Richter, über psych Therap. d. motov. Störg. bei Hysterie. Berlin. Klin. Wochenschrift XXIV.
15. Dr. Terrillon, nouvelle Jconographie de la Salpêtrière 1888. I. 93.
16. De la contracture hystérique par Leloir. Gaz. de Paris 1879. I. 39.